

**PAŃSTWOWY FUNDUSZ REHABILITACJI
OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH**

Wniosek złożono w Oddziale PFRON

Nr sprawy:

w..... w dniu

Wypełnia PFRON

WNIOSEK „O”

o dofinansowanie w ramach programu „Pegaz 2003” w module pomocy w aktywizowaniu osób niepełnosprawnych poprzez likwidowanie barier transportowych i w komunikowaniu się:

Obszar B - pomoc w zakupie sprzętu komputerowego**Obszar C** - pomoc w zakupie wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym

(należy zaznaczyć właściwy obszar przez zakreślenie pola)

1. Informacje o Wnioskodawcy i dziecku/podopiecznym**DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY****DANE PERSONALNE**

Imię

Nazwisko

Data urodzenia / / r.

PESEL

Dowód osobisty seria numer

wydany przez

w dniu

rodzic osoby niepełnosprawnej

opiekun prawny osoby niepełnosprawnej

ADRES ZAMIESZKANIA (pobyt stały)Kod pocztowy -

Miejscowość

Ulica

Nr domu Nr m.

Powiat

Województwo

Kontakt telefoniczny: nr kier.

nr telefonu

DANE DOTYCZĄCE DZIECKA / PODOPIECZNEGO**DANE PERSONALNE**

Imię

Nazwisko

Data urodzenia / / r.

PESEL

Płeć: żeńska męska

ADRES ZAMIESZKANIA (pobyt stały)Kod pocztowy -

Miejscowość

Ulica

Nr domu Nr m.

Powiat

Województwo

miasto

wieś

ADRES DO KORESPONDENCJI**WYKSZTAŁCENIE DZIECKA / PODOPIECZNEGO**

niepełne podstawowe

podstawowe

gimnazjalne

zawodowe

średnie

inne, jakie

OBECNY POZIOM KSZTAŁCENIA DZIECKA / PODOPIECZNEGO

PRZYGOTOWANIE PRZEDSZKOLNE

SZKOŁA PODSTAWOWA

GIMNAZJUM

TRZYLETNIA SZKOŁA PRZYSPOSABIAJĄCA DO PRACY

ZASADNICZA SZKOŁA ZAWODOWA

LICEUM

TECHNIKUM

SZKOŁA POLICEALNA

KOLEGIUM, jakie

STUDIA (1, 2 stopnia oraz jednolite magisterskie)

INNY, jaki

NAZWA I ADRES SZKOŁY DZIECKA/PODOPIECZNEGO

Nazwa szkoły

Ulica Nr domu klasa/rok

Kod pocztowy - Miejscowość

Województwo..... Powiat

Internat tak nie

Przedszkole tak nie

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI DZIECKA / PODOPIECZNEGO

całkowita niezdolność do pracy
i niezdolność do samodzielnej
egzystencji

znaczny stopień
niepełnosprawności

I grupa inwalidzka

całkowita niezdolność do pracy

umiarkowany stopień
niepełnosprawności

II grupa inwalidzka

częściowa niezdolność do
pracy

lekki stopień
niepełnosprawności

III grupa inwalidzka

orzeczenie o niepełnosprawności

Orzeczenie ważne:

okresowo do

bezterminowo

2. Informacje o korzystaniu ze środków PFRON (w ciągu ostatnich 5 lat)

Czy Wnioskodawca korzystał ze środków PFRON (w tym poprzez samorząd powiatowy)		tak	nie
Cel (nazwa programu i/ lub nazwa zadania ustawowego, w ramach którego przyznana została pomoc)	Numer i data zawarcia umowy	Kwota wykorzystana	Kwota rozliczona
.....
.....
.....
.....
.....

Posiadam/ nie posiadam^{*} wymagalne zobowiązania wobec Funduszu.

Jeśli tak, podać rodzaj i wysokość wymagalnego zobowiązania

.....

.....

.....

*-niepotrzebne skreślić

OPINIA KOMISJI

.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....

podpisy członków Komisji

..... dnia /...../ 200 ... r.

Data przekazania wniosku Pełnomocnikom Zarządu PFRON /..... /200 .. r.

DECYZJA PEŁNOMOCNIKÓW ZARZĄDU PFRON

.....

PRZYZNANA KWOTA DOFINANSOWANIA DO WYSOKOŚCI _____ ZŁ

..... dnia /...../200 ... r.

.....

podpisy Pełnomocników